

· 康复护理 ·

协同护理在脑卒中偏瘫患者早期强化步行基本功训练的效果观察

陈梅花¹ 蓝琼好¹ 李敏红¹ 熊国才¹ 谢水群¹ 李玉玲¹

脑卒中是严重危害人类的三大疾病之一,70%—80%的存活者遗留瘫痪、失语等严重残疾,其中以运动功能障碍表现的偏瘫最为常见^[1],在脑卒中偏瘫患者的早期康复中,恢复步行能力是康复最主要的目标,是患者出院后达到生活自理的重要条件之一。步行基本功训练是根据步行基本条件和偏瘫患者存在的问题设计训练动作,早期进行强化训练,防止共同运动模式和代偿姿势的出现,使患者早期建立正确、规范、稳定的实用步行能力^[2]。协同护理模式是在责任制护理的基础上,充分发挥患者自我护理的能力,鼓励患者、家属参与健康护理,以有效地、创造性地利用现有财力与人力资源^[3],本院在脑卒中偏瘫患者早期强化步行基本功训练中,实施协同护理,收到显著效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2012年1—10月我院收治的脑卒中偏瘫患者共60例,其中男性33例,女性27例;年龄45—67岁(平均51.0±4.1岁);脑梗死26例,脑出血34例。纳入标准:①诊断符合第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准,有头颅CT或MRI等影像学诊断;②病程在1个月以内,生命体征稳定;③无明显认知功能障碍,可以接受运动指令,无严重并发症,同意签署知情同意书。排除标准:①患肢肌力0级、感觉性失语、有明显的认知障碍不能配合康复训练者;②心功能不全、慢性肝病、有恶性进行性高血压等重症并发症患者。

将60例患者按入院先后顺序随机分为观察组和对照组,每组30例。两组患者在年龄、性别、病程、病情等方面比较差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性(表1)。

1.2 方法

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,d)	分类(例)		瘫痪侧(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血	左侧	右侧
观察组	30	17	13	54.0±11.3	23.5±4.8	12	18	22	8
对照组	30	16	14	55.2±10.1	22.5±5.4	14	16	20	10

两组均进行脑卒中早期常规康复训练,如良肢位的摆放和关节的被动活动训练,下肢分离运动训练,平衡训练等,并进行早期强化步行基本功训练^[2],包括:①髌关节控制能力训练,进行改良的桥式运动训练;②健手拍患膝训练,即髌关节内收、内旋位屈曲训练,利用螺旋对角线模式健手拍患膝进行引导,抑制屈肌共同运动模式;③靠墙屈、伸髌训练;④向前、后迈健腿训练,练习患侧下肢负重、重心前后转移;⑤迈患腿训练,练习患腿不引起痉挛的模拟前、后迈步训练;⑥健腿向内、外侧跨步训练,练习重心的侧移及骨盆的稳定性。以上每个动作在开始训练时每组6次,完成2组,循序渐进,随着患者体力的增强逐渐加量至每组10次,完成2组。2次/d,30min/次,1个月为1疗程,随访1个月,对照组按传统进行步行功能锻炼指导,观察组强调协同护理,观察患者的下肢运动功能、步行能力。

强调康复医生、治疗师、责任护士、患者、家属的团队协

同作用。护士征求医生的建议,结合患者的自理程度及家属的照顾能力、文化程度对患者及家属进行早期有计划、有目的的强化步行基本功训练技术指导,经常和治疗师联系,定期进行康复评定,根据患者肢体功能所处的阶段调整训练方案,给予个别指导。护士与患者家属沟通,家属运用获得的健康教育知识,强化监管的力度,注意患者运动的强度、时间和频率,使患者获得亲情的支持,主动配合训练。

做好心理护理是训练成功的基础和保证。偏瘫异常步态会随着锻炼而不断得到强化,错误的动作不仅影响外观,而且由于肌肉的异常收缩消耗能量,使患者易疲劳,失去训练的信心。护士及时发现患者的情绪反应,进行心理疏导,使其充分认识到早期建立正确、规范步行能力的重要性,坚持早期强化步行基本功训练。

强化早期步行基本功训练健康教育。讲述早期步行基本功训练的时机、方法及注意事项,如偏瘫患者在平衡、负

重、下肢分离动作未完成时不可过早进入步行训练,经过立位训练并具有身体平衡能力者,才可以进入步行训练。训练时护士或家属在旁提供必要的保护,以免跌倒,并逐步减少保护,减少患者依赖思想。训练中随时提醒患者注意力集中,使其运动与视觉、触觉、本体感觉相结合,对患者的每一个进步都能及时给予表扬,坚定患者的锻炼信心,以改善患侧肢体的感觉功能,同时密切观察患者精神状态,防止患者精神紧张、恐惧、疲劳等不良刺激致血压增高而加重病情。形式上个体教育与集体教育相结合。每周组织患者借助演示、多媒体等方法进行集体教育,强化训练,并请恢复较好、训练规范的患者及其家属现身说教及示范,形成良好的训练氛围,帮助其他患者树立战胜疾病的信心。

出院后实施延续性步行基本功训练。出院后除强化早期步行基本功训练外,主要为平衡、协调和速度训练,并可借助步行器或拐杖到室外活动,住院期间即注意教会患者及家属运用相关辅助器具的训练方法,科学训练,使患者步行训练保持连续性。并定期电话随访,指导回院复诊,进行康复评定,了解训练进展情况,对不科学的训练方法及时给予纠正和指导,避免误用综合征。

1.3 评价标准

干预前、干预1个月后分别对两组患者采用简式Fugl-Meyer运动量表(Fugl-Meyer assessment, FMA)评价下肢运动功能(下肢运动总积分34分);功能性步行分级(func-

tional ambulation category, FAC)评价步行能力。自行设计问卷,训练1个月后进行早期强化步行基本功训练健康知识掌握情况调查,能完全正确完成的属于掌握,不能完全正确完成的属于不能掌握。

1.4 统计学分析

所有数据采用SPSS 13.0统计软件包进行统计学分析,定量资料数据采用均数±标准差表示,两组间资料采用t检验;定性资料数据采用百分率表示,组间比较采取 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

干预前两组患者下肢FMA、FAC评分差异无显著性意义($P>0.05$)。干预治疗1个月后,两组患者的FMA、FAC评分均提高($P<0.05$),但观察组效果优于对照组($P<0.05$),见表2。两组患者早期步行基本功训练健康知识掌握情况比较,观察组优于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$),见表3。

表2 两组患者训练前、后1个月FMA评分、FAC分级比较 (x±s,分)

组别	例数	FMA		FAC	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	10.42±2.15	25.8±3.5	2.97±2.36	8.94±1.04
对照组	30	11.1±1.95	20.2±2.4	2.73±2.04	6.13±1.22
t		1.28	7.23	0.42	9.60
P		0.21	0.00	0.68	0.00

表3 两组早期强化步行基本功训练健康知识掌握情况比较 (n=30)

健康教育内容	观察组				对照组				干预前		干预后	
	干预前		干预后		干预前		干预后		χ^2	P	χ^2	P
	例	%	例	%	例	%	例	%				
建立正确、规范步行能力的意义	4	13.33	26	86.67	5	16.67	12	40.00	0.13	0.72	14.07	0.00
早期强化步行基本功训练的重要性	7	23.33	27	90.00	8	26.67	14	46.67	0.09	0.77	13.02	0.00
步行基本功训练的知识	9	30.00	25	83.33	7	23.33	13	43.33	0.34	0.56	10.34	0.001
早期步行训练的时机及注意事项	8	26.67	28	93.33	6	20.00	16	53.33	0.37	0.54	12.27	0.00

3 讨论

协同护理提高患者及家属主动参与早期强化步行基本功训练的依从性。马平许^[2]研究显示早期强化步行基本功训练可提高患者的步行能力及日常生活活动能力。脑卒中患者的康复治疗是一个综合治疗的过程,需要医生、治疗师、护士、患者及家属等一起参与的团队式的服务,缺少任何一个环节都会影响康复效果。家庭社会的支持对患者坚持自我管理意义重大^[4]。协同护理干预模式重视家属照顾者的主导作用,将家属照顾者纳入到协同护理干预措施中的同时,也重视对患者自身的干预^[5]。患者个人自信心及主动性都得到明显增强,由被动参与转变为主动参加,提高训练依从性,在不断强化过程中取得量化的训练效果,结果显示观察组实施协同护理干预1个月后,患者的下肢运动功能FMA及步行功能分级FAC均优于对照组,提高偏瘫患者步行能力。

协同护理促进患者早期建立正确、规范、稳定的实用步行能力,提高步行质量。尽管脑中偏瘫患者随着时间的推移,疾病的自然演变,其运动功能和ADL能力可获得一定程度的改善,但早期规范的康复治疗可以明显改善偏瘫患者ADL能力与运动能力^[6]。如不规律的康复功能锻炼及过早的负重和迈步行走及强化训练,容易导致偏瘫异常姿势的强化,出现误用、废用。偏瘫患者尽早体会正常步行运动模式的感觉非常重要,在肌张力不低下的情况下,尽可能早的进行步行训练,可使偏瘫患者在技术动作形成的泛化阶段一开始就体会正确的行走技术要点,避免和减少错误动作的出现,为建立正确步行的动力定型奠定基础^[7]。因此脑卒中后步行训练,要想减少健侧和患侧步幅差、提高步态对称性、增强步行稳定性,必须强化患肢控制能力及正常运动模式^[8]。通过实施协同护理,指导患者树立科学正确训练的意识,早

期强化步行基本功训练,本研究观察组对早期强化步行基本功训练的知识掌握情况优于对照组,明显改善脑卒中后典型偏瘫步态及行走功能,提高步行质量。

协同护理促进患者步行基本功能训练得到延续。传统疾病教育的目的是提高患者相关疾病的知识,由于医疗资源不足,健康宣教难以达到综合防治的要求,很难做到长期坚持及广泛覆盖^[9]。脑卒中偏瘫病程长,恢复慢,经济负担重,所以很少能达到完全康复后才出院。协同护理干预过程中患者自身主动进行步行训练的依从性提高,同时重视发挥家属的积极作用,干预过程中照顾者照顾能力得到提升,能应对解决患者在家庭恢复过程中出现的问题,其个人自信心及主动性都得到明显增强^[10]。目前大量研究证明,协同护理模式调动了患者的积极性,护患双方建立起积极的互动关系,避免了传统的被动宣教^[9]。在护理人员的积极指导下,家属对患者步行功能训练支持与重视程度增强,在家里主动承担除医护人员之外对患者的督促、指导工作,使患者出院后步行基本功训练得到延续,达到早期强化训练的目的。本研究的不足之处在于样本量偏少,随访时间偏短,相关临床效果尚有待更进一步的研究证实。本结果初步提示:协同护理在脑卒中偏瘫患者早期强化步行基本功训练中可提高患者下肢运动功能和步行能力。

参考文献

- [1] 于雪清,李琪,王永花,等.协同护理对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].中外医学研究,2012,10(6):79.
 - [2] 马平许,邹艳燕,朱士文,等.早期强化步行基本功训练对脑卒中偏瘫患者步行和ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2012,27(11):1066—1068.
 - [3] 刘昭君,殷积彬,潜艳.协同护理模式应用于脑卒中患者效果观察[J].护理学杂志,2009,24(3)(综合版):23—25.
 - [4] 祁俊菊,王仙园,杜秋华,等.对慢性腰背痛患者实施心理干预的效果研究[J].中国康复医学杂志,2013,28(9):855—858.
 - [5] 赵雪萍,薛小玲,卢珏,等.协同护理干预对脑卒中患者生活方式影响研究[J].护士进修杂志,2012,18:1664—1666.
 - [6] 郭华林,郭杰.针刺联合功能训练对脑卒中肢体运动功能的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2012,27(9):856—858.
 - [7] 徐文玉,丁泉涌,苏玉萍,等.步行训练的时机选择对偏瘫患者康复疗效的影响[J].中华老年心脑血管病杂志,2013,15(1):64—66.
 - [8] 金香连,郭根平.脑卒中后两种不同训练方法对生活活动功能恢复的效果比较[J].护理与康复,2010,9(1):3—4.
 - [9] 常红娟,高敏,桑文凤.协同护理模式研究进展[J].护理研究,2013,27(4):966—977.
 - [10] 赵雪萍,薛小玲,苏翠红,等.协同护理干预对社区脑卒中患者照顾者生活质量及照顾能力的影响[J].中华护理杂志,2012,47(3):206—208.
- (上接第353页)
- [8] 武行华,倪朝民,韩瑞,等.早期康复对急性脑卒中偏瘫患者肌痉挛、ADL与运动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2006,21(6):494—496.
 - [9] 曹玉灵,马超,伍少玲,等.早期综合康复对脑卒中患者运动功能和ADL能力的影响[J].中国康复医学杂志,2006,21(11):1029—1030.
 - [10] 恽晓平,刘永斌,Sandra J. Olney.股四头肌与腘绳肌在痉挛性偏瘫步态中拮抗收缩的动态肌电图研究[J].中国康复理论与实践,1996,2(2):70—72.
 - [11] 钱开林,张勤.腘绳肌练习对脑卒中后膝稳定性及日常生活活动能力的影响[J].中国临床康复,2003,7(22):3081—3082.
 - [12] Krutulyte G, Kimty A, Krisciūnas A. The effectiveness of physical therapy methods (Bobath and motor relearning program) in rehabilitation of stroke patients[J]. Medicina (Kaunas), 2003, 39(9):889—895.
 - [13] Stevenson VL. Rehabilitation in practice: Spasticity management[J]. Clin Rehabil, 2010, 24(4):293—304.
 - [14] 王文清,杨晓莲,鞠智卿,等.减重步行训练对老年卒中偏瘫患者步行能力的疗效[J].中国康复医学杂志,2008,23(4):374—375.
 - [15] 杜巨豹,宋为群,王茂斌,等.减重步行结合靶向性膝踝控制训练在亚急性期卒中后偏瘫患者康复中的应用[J].中国康复医学杂志,2007,22(6):524—532.
 - [16] 黄怡,潘翠环,万新炉,等.重复性下肢训练对脑梗死患者下肢功能改善的作用[J].中国康复,2009,24(3):167—168.
 - [17] 迟相林,王道珍,郭兆荣,等.强化康复训练对脑卒中后偏瘫痉挛状态的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(12):1087—1089.
 - [18] 朱琳,刘霖,宋为群.重复性训练对脑卒中患者偏瘫上肢痉挛改善的疗效观察[J].中国脑血管病杂志,2007,4(1):18—21.
 - [19] Dietrichs E. Brain plasticity after stroke-implications for post-stroke rehabilitation[J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2007, 127(9):1228—1231.
 - [20] 任惠明,袁海,王小同,等.脑的可塑性与卒中后运动功能康复相关研究的Meta分析[J].中国康复医学杂志,2011,26(2):182—184.
 - [21] 张大威,叶祥明,林坚,等.下肢任务导向性训练对慢性期脑卒中患者步行能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(8):768—770.